|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  | 保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |   療養費支給申請書(　　年　　月分)　(あんま・マッサージ用) |
|

様式第19号の2(第14条関係)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者欄 | ○被保険者番号 | | | | | | | | | | | | | | | | ○発病又は負傷年月日 | | | | | | | | | | | | ○傷病名 | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | |  | | |  | | |  | |  |  |  | | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 療養を  受けた者  の氏名 | | | | | （フリガナ） | | | | | | | | | | | | | | | | | ○発症又は負傷の原因及びその経過 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | 男・女 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ○業務上・外、第三者行為の有無 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 明・大・昭・平　　　年　　　　月　　　　日生 | | | | | | | | | | | | | | | | | １．業務上　２．第三者行為である　３．その他 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 施術内容欄 | 初療年月日 | | | | | | | | | | | 施術期間 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 実日数 | | | | | | | 請求区分 | | |
| 年　　月　　日 | | | | | | | | | | | 自・令和　　　　年　　月　　日～至・令和　　　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 日 | | | | | | | 新規・継続 | | |
| 傷病名又は症状 | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 転帰 | | |
| 継続・治癒・中止・転医 | | |
| マッサージ | | | | | | | | | | | 躯　幹  右上肢  左上肢  右下肢  左下肢 | | | | 円×  円×  円×  円×  円× | | | | |  | | |  | | | | 回＝  回＝  回＝  回＝  回＝ | | | |  | | | | | | 円  円  円  円  円 | | 摘　　　　要 | | |
|  | 温罨法（加算） | | | | | | | | | |  | | | | 円× | | | | |  | | |  | | | | 回＝ | | | |  | | | | | | 円 | |
|  | 温罨法・電気光線器具（加算） | | | | | | | | | |  | | | | 円× | | | | |  | | |  | | | | 回＝ | | | |  | | | | | | 円 | |
| 変形徒手矯正術  （加算）  ※温罨法との併施は不可 | | | | | | | | | | | 右上肢  左上肢  右下肢  左下肢 | | | | 円×  円×  円×  円× | | | | |  | | |  | | | | 回＝  回＝  回＝  回＝ | | | |  | | | | | | 円  円  円  円 | |
| 往療料　　４㎞まで | | | | | | | | | | |  | | | | 円× | | | | |  | | | | | | | 回＝ | | | |  | | | | | | 円 | |
| 往療料　　４㎞超 | | | | | | | | | | |  | | | | 円× | | | | |  | | | | | | | 回＝ | | | |  | | | | | | 円 | |
| 施術報告書交付料  （前回支給：　　年　月分） | | | | | | | | | | |  | | | | 円× | | | | |  | | | | | | | 回＝ | | | |  | | | | | | 円 | |
| 合計 | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 円 | |
| 一部負担金相当額（１割・３割） | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 円 | |
| 請求額 | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 円 | |
| 施術日  通院○  往療◎ | | | 月 | | | | | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 施術証明欄 | 上記のとおり施術を行い、その費用を領収しました。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 保健所登録区分 | | | | | | | | | | | 1.施術所所在地　 2.出張専門施術者住所地 | | | | | | | | | |
| 令和　　　年　　　月　　　日  免許登録番号  あん摩マッサージ指圧師 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 施術所　所在地  　　　　名称  施術者　氏名　　　　　　　　　　　電　話 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申請欄 | 上記の療養に要した費用に関して、療養費の支給を申請します。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 令和　　　年　　　月　　　日  福岡県後期高齢者医療広域連合　広域連合長　様 | | | | | | | | | | | | | | | | | 申請者  （被保険者） | | | | | | | 〒　　 －  住　所  氏　名　　　　　　　　　　　 電　話 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 支払機関欄 | 金融機関名 銀行　　信用金庫  　　　　　　　　　　信用組合　　協同組合 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 本店（所）  支店（所） | | | | | | | | | | | | | | | | | | 預金種別  1.　普通　2.　当座  3.（　　　） | | | | | |
| 口座名義  カタカナで記入 | | | | | |  | | | | | | | | | | | 口座番号 | | | | | | | |  |  | | |  |  | | |  | |  | | |  |  |  | |
| 同意記録 | 同意医師の氏名 | | | | | | | | | 住所 | | | | | | | | | | 同意年月日 | | | | | | | | | | | | | | | 傷病名 | | | | | | | 要加療期間 |
|  | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | 令和　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 本申請書に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。　　令和　　　　年　　月　　日 | |
| 申請者　　住所  　(被保険者)　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　印 | 代理人　　住所  　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　印 |

※　給付金に関する受領を代理人に委任する(申請者名義以外の口座に振込を希望される)場合に記入してください。

　　ただし、施術者又は施術所関係者等に、給付に関する受領を委任することはできません。

　　なお、署名の場合は、押印の必要はありません。